Een gesprek over alcohol

Een korte interventie op de spoeddienst

- Achtergronddossier -

Auteur:
David Möbius

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15
1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | www.vad.be | vad@vad.be

VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN vzw

de druglijn
078 15 10 20
www.druglijn.be

Ida project & FEDITO Bruxelloise

Met de steun van het Fonds tot bestrijding van de verslavingen

Inhoudsopgave

1. Interveniëren op spoeddiensten

De meerderheid van de mensen die er problematische drinkpatronen op na houden of te kampen hebben met een alcoholgerelateerde stoornis zoeken hiervoor geen gespecialiseerde hulp (Reid, Fiellin & O'Connor, 1999). Prevalentiestudies tonen aan dat veel patiënten (10% - 18%) die terecht komen op spoedgevallendiensten onder invloed van alcohol zijn of in hun dagdagelijkse leven negatieve gevolgen ondervinden van hun alcoholgebruik (Borges et al., 1998; Cherpitel, 1993, WHO, 2007). Uit onderzoek van Calle et al (2006), waarbij op de spoeddienst van de UGent alle patiënten gedurende één maand gescreend werden naar het gebruik van alcohol- en ander druggebruik, blijkt dat 11% van de spoedopnames gerelateerd was aan middelenmisbruik. Exacte prevalentiecijfers over de globale situatie op Belgische spoeddiensten ontbreken echter.

Interventies uitgevoerd op spoeddiensten die een duidelijke link leggen tussen het drinkgedrag van de patiënt en de reden van zijn of haar spoedopname kunnen succesvol zijn in het verminderen van de alcoholconsumptie en toekomstige alcoholgerelateerde problemen (Academic ED SBIRT Collaborative, 2007a; Conigrave et al., 1991). De meest effectieve manier om dit te bereiken is via de implementatie van een screeningsprocedure, kortdurende interventie en eventuele doorverwijzing naar de gespecialiseerde hulpverlening (WHO, 2007). Dit soort interventies worden in de literatuur beschreven en geconceptualiseerd onder de noemer SBIRT, een acroniem voor screening (S), brief intervention (BI), and referral to treatment (RT). De bedoeling van SBIRT is om schadelijke alcoholgebruik en hieraan gerelateerde verwondingen, ziekten en sterfgevallen te verminderen door:

(1) een vroege opsporing van mogelijk problematisch drinken (screening);
(2) het uitvoeren van een kortdurende interventie (KI) op maat van de patiënt;
(3) eventuele doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverleningsinstanties (Désy et al., 2008).

Grootschalige meta-analyses, quasi-experimenteel onderzoek en cohortstudies tonen allen aan dat het SBIRT-proces effectief kan zijn in het verminderen van toekomstige alcoholgerelateerde kwetsuren, de hoeveelheid en frequentie van alcoholconsumptie en het aantal opnames op spoeddiensten (Smith et al., 2003; Dinh-Zarr et al., 2005; Moyer et al., 2002; D'Onofrio & Degutis, 2002; Miller & Wilbourne, 2002; Désy et al., 2009; Love et al., 2008; Crawford et al., 2004; Bernstein et al., 2009; Agerwala & McCance-Katz, 2012). Uit een systematische review uit 2011 blijkt bovendien dat de meeste patiënten op spoeddiensten er geen probleem mee hebben een SBIRT-procedure met betrekking tot alcohol te doorlopen: vier vijfde gaat akkoord met een alcoholscreening en twee derde met een verdere interventie (Pedersen et al., 2011).

Een goed geïmplementeerde SBIRT-procedure gericht op alcoholproblemen op spoeddiensten is daarenboven kosteneffectief. Dat de kosten als gevolg van alcohol voor zowel de samenleving als de spoeddiensten enorm hoog zijn blijkt ondermeer uit onderzoek dat gevoerd werd op de spoeddienst van het universitair ziekenhuis van Leuven. De onderzoekers berekenden dat de geschatte kosten voor de behandeling van patiënten die in 2009 onder invloed van alcohol op de spoeddienst terecht kwamen 318.838,25 euro bedroeg (=541,32 euro per patiënt) (Verelst et al., 2012). Hierbij dient

opgemerkt te worden dat het enkel om geïntoxiceerde patiënten ging. Wanneer alle alcoholgerelateerde opnamen in rekening worden gebracht zal dit cijfer exponentieel toenemen.
Amerikaans onderzoek toont aan dat voor iedere dollar die in de implementatie van SBIRT op spoeddiensten werd geïnvesteerd, 3,18 dollar werd bespaard op directe medische kosten (Gentilello et al., 2005). Crawford en collega's (2004) vonden dat voor elke twee patiënten die akkoord gaan om een KI te krijgen, er in de twee volgende jaren één heropname minder zal zijn. Dit rechtvaardigt meteen ook de tijd die er initieel aan een kort advies wordt gespendeerd.

Interveniëren op spoeddiensten: conclusie

De bestaande evidenties en de hoge prevalentie van patiënten met alcoholgerelateerde problemen op spoeddiensten maken van deze setting de ideale plaats om SBIRT te implementeren.

2. Screening naar riskant of problematisch alcoholgebruik

2.1. Screening?

Alcoholscreening legt bloot of het drinkgedrag van een patiënt al dan niet risicovol is en een kortdurende interventie noodzakelijk maakt. Daarenboven kan screening duidelijk maken hoe ernstig het drinkprobleem is en of er eventueel sprake is van afhankelijkheid. Deze informatie is uiterst belangrijk met het oog op de toewijzing van een kortdurende interventie op maat van de patiënt. Een goed screeningsprotocol houdt ook rekening met de mogelijkheid dat een patiënt zijn of haar alcoholgebruik onderrapporteert. Hoewel onderzoek aantoont dat de meerderheid van patiënten op spoeddiensten over het algemeen eerlijk antwoorden, kunnen sommigen bepaalde redenen hebben waardoor ze niet alles zullen zeggen. Het bepalen van de bloedalcoholcontratie (BAC) kan dan nuttig zijn om de huidige intoxicatie van te stellen (Higgins-Biddle et al., 2009).

De keuze van de juiste screeningsprocedure hangt dus sterk samen met het volledige SBIRT-traject dat wordt geïmplementeerd. Zo kan er bijvoorbeeld een screeningsinstrument gekozen worden waaruit alle informatie kan worden gedestilleerd om de patiënt een kortdurende interventie op maat aan te kunnen bieden. Anderzijds kan er ook gekozen worden om een zeer minimale screening uit te voeren die enkel een indicatie geeft of een patiënt al dan niet een interventie nodig heeft. Bijkomende informatie, over bijvoorbeeld de ernst van de problemen of afhankelijkheid, wordt in dit geval gedurende de interventie vergaard (Higgins-Biddle et al., 2009).

Screening dient uitgevoerd te worden wanneer de verdoving van de patiënt is uitgewerkt, wanneer er geen zware pijnstillers meer nodig zijn, en wanneer de meest acute medische problemen zijn gestabiliseerd. Een goede test om na te gaan of het goede moment is aangebroken om de screeningsprocedure op te starten is nagaan of de patiënt in staat is om op een rustige manier een conversatie te voeren (Higgins-Biddle et al., 2009).

2.1.1. Screeningsmethoden

De laatste jaren werd er een brede waaier aan screeningsmethoden voor riskant of problematisch alcoholgebruik ontwikkeld, waaronder zowel interviews als vragenlijsten. De meeste van deze instrumenten behalen in vergelijkende onderzoeken een acceptabel – en in sommige gevallen zelfs een opmerkelijk hoog – niveau van sensitiviteit en specificiteit ten opzichte van meer complexe onderzoeksmethoden naar overmatig drinken en alcoholgerelateerde stoornissen (Coulton et al., 2009). Er bestaat heel wat literatuur over (de effectiviteit van) screening op alcoholmisbruik in spoedafdelingen en dit bij verschillende populaties (Cherpitel, 2007). Om het geschikte instrument te kiezen is het niet enkel belangrijk om naar de zuivere testresultaten zoals de sensitiviteit en specificiteit van de instrumenten te kijken. Zeker zo belangrijk is het om andere belemmerende en bevorderende factoren (zoals het gebruiksgemak of aanvaardbaarheid van de instrumenten in de specifieke context van de spoeddienst) mee te laten wegen (Cunningham, 2009).

2.1.2. Screeningsvragenlijsten

AUDIT (bijlage 1)

De **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test) werd ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (Saunders et al., 1993) voor gebruik in de eerstelijnsgezondheidszorg. De AUDIT bevat tien vragen: drie vragen over alcoholconsumptie, vier vragen over alcoholgerelateerde problemen en drie over symptomen van afhankelijkheid. Het instrument wordt wereldwijd op grote schaal gebruikt en werd veelvuldig onderzocht in verschillende settings en bij verschillende populaties. In een systematische review in de eerste lijn (Fiellin et al., 2000) bleek de AUDIT vooral effectief om personen te identificeren met risicovol en overmatig drinken. De sensitiviteit liep uiteen van 51-97% en de specificiteit varieerde van 78-96%. In vergelijking met andere instrumenten zoals de MAST en de CAGE (zie verder) is de AUDIT even effectief in het onderscheiden van alcoholafhankelijkheid in de eerstelijn, maar heeft het een hogere specificiteit en sensitiviteit voor het opsporen van excessieve alcoholgebruikers (Piccinelli et al., 1997, O'Connell et al., 2004). Voor vrouwen blijken de sensitiviteit en specificiteit van de AUDIT bij het standaard afkappunt van 8 iets lager te liggen dan bij mannen (Cherpitel & Borges, 2000; Cherpitel & Clark, 1995; Steinbauer et al.,1998). Reinert & Allen (2002) raden daarom aan om het afkappunt voor vrouwen naar 5 of 6 te verlagen. Onderzoek naar de bruikbaarheid van de AUDIT bij adolescenten geeft aan dat het afkappunt voor deze doelgroep best verlaagd kan worden tot 4, hetgeen verklaard kan worden doordat bij hen vaker sprake is van 'binge'-drinken (Chung et al., 2000). Clark et al. (2010) raden aan om een afkappunt van 3 te hanteren voor jongeren onder 18 en een afkappunt van 8 voor jongeren tussen 18 en 20 jaar.
De AUDIT blijkt betrouwbaar, intern zeer consistent en kleine variaties in de vragen hebben geen consequenties voor de uitkomst (Lapham et al., 1998). Ook blijkt de AUDIT toepasbaar bij andere culturen (Volk et al., 1997).

Voor toepassing in spoeddiensten zijn de grootste nadelen van de AUDIT de lengte ervan en het feit dat hij gescoord dient te worden. De AUDIT heeft in deze setting wel zijn nut bewezen wanneer het instrument elektronisch door de patiënt zelf kan ingevuld worden (Cunningham et al., 2009). Kortere versies van de AUDIT zijn ontwikkeld voor het gebruik in omstandigheden waar er niet genoeg tijd is om de volledige AUDIT af te nemen: de FAST (Fast Alcohol Screening Test) en de AUDIT-C.

AUDIT-C (bijlage 2)

De AUDIT-C bestaat uit de eerste drie vragen (met betrekking tot alcoholconsumptie) van de AUDIT en blijkt in validiteit weinig te verschillen. Het voordeel is dat deze vragen in de praktijk gemakkelijk te onthouden en te scoren zijn. Bij een *afkappunt van 5 voor mannen* was de sensitiviteit 92% en de specificiteit 74%, *voor vrouwen heeft een afkappunt van 4* de beste waarden van respectievelijk 91 en 68% bij onderzoek in de eerste lijn (Gual et al., 2002). De interne consistentie, test-hertestbetrouwbaarheid en validiteit in het herkennen van risicovol of problematisch alcoholgebruik werden onderzocht en als hoog gekwalificeerd. Verschillende studies suggereren dat de AUDIT-C de eerste keus moet zijn in medische settings, maar hierover bestaat lang geen eensgezindheid (Cunningham et al., 2009).

FAST (bijlage 3)

De FAST (Fast Alcohol Screening Test) werd ontwikkeld in Engeland voor gebruik in Algemene Ziekenhuizen en spoedopnameafdelingen. Het instrument bestaat uit vier vragen en heeft een sensitiviteit van 93% en specificiteit van 88% (Hodgson et al., 2003). Een groot voordeel van de FAST is dat één vraag uit deze test, "Hoe vaak drink je acht of meer eenheden per gelegenheid?" voor mannen en "Hoe vaak drink je zes of meer eenheden per keer?" voor vrouwen, een goede filter is voor het verder bevragen. De FAST detecteert op basis van deze ene vraag meer dan de helft van de cliënten voor riskant drinken (met een accuraatheid van 95%). Recent onderzoek concludeert dat de FAST een zeer accurate tool is om alcoholmisbruik te herkennen op spoeddiensten, maar dat het niet steeds haalbaar is (tijdscomponent) om iedereen die zich op de dienst aanmeldt te screenen (Jones, 2011).

CAGE (bijlage 4)

De afkorting CAGE is samengesteld uit de eerste letters van de woorden Cutdown, Annoyed, Guilty en Eye-opener. De CAGE-test omvat vier vragen waarop enkel met ja of nee moet worden geantwoord. Vanaf twee positieve antwoorden is er een aanduiding voor de aanwezigheid van alcoholmisbruik of –afhankelijkheid (Ewing, 1984). De test werd frequent geëvalueerd en toont een sensitiviteit van 43 tot 93% en een specificiteit uiteenlopend van 70-93% voor alcoholproblemen (Fiellin, 2000, O'Connell et al., 2004). Een nadeel van de CAGE is dat laag maar riskant alcoholgebruik niet gedetecteerd wordt. Bovendien zou de test voor vrouwen minder aangepast zijn (Steinbauer et al., 1998) en scoort ze relatief slecht wat betreft sensitiviteit en specificiteit bij minderjarigen (Thatcher & Clark, 2006).

Als de CAGE als positief beschouwd wordt bij een bevestigend antwoord op één in plaats van twee vragen, wordt 86-88% van de probleemdrinkers opgespoord. Naar aanleiding van dit onderzoek en de andere bovengenoemde beperkingen bevelen de onderzoekers aan naast de CAGE-vragen ook vragen te stellen over de hoeveelheid (per keer) en frequentie van het drankgebruik, zoals die gesteld worden in de AUDIT-C (Adams et al., 1996). In een succesvol quasi-experimenteel onderzoek uitgevoerd door Désy en collega's (2009) werd gewerkt met de CAGE, aangevuld met een consumptievraag. Patiënten screenden positief bij positief antwoord op één of meer CAGE vragen en/of wanneer consumptie:

- mannen: meer dan 14 consumpties/week en/of meer dan 4/gelegenheid
- vrouwen: meer dan 7 consumpties/week en/of meer dan 3/gelegenheid
- +65 jaar: meer dan 7 consumpties/week en/of meer dan 3/gelegenheid

Five Shot (bijlage 5)

De five-shot vragenlijst is een combinatie van de AUDIT-C (eerste twee vragen) en de CAGE (laatste drie vragen) (Seppa et al., 1998) met goede testeigenschappen in de eerste lijn bij een afkappunt van 2,5 (mannen: sensitiviteit 74%, specificiteit 81%; vrouwen: sensitiviteit 63%, specificiteit 95%) volgens een vergelijking van de verschillende screeningsinstrumenten in de huisartsenpraktijk (Aertgeerts et al., 2001).

MAST (bijlage 6)

De MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) is een zelfinvulvragenlijst van 22 items die reeds lang gebruikt wordt in de eerstelijn. Het invullen van de MAST neemt een vijf minuten in beslag. Uit een meta-analyse (n=9 artikelen, Teitelbaum & Mullen 1998) blijkt de MAST een valide instrument is om stoornissen in het gebruik van alcohol in een psychiatrische setting (intra- en extramuraal) op te sporen (sensitiviteit 87,7% en specificiteit 68,1%).
Om de toepasbaarheid te vergroten werd een kortere versie ontwikkeld met dertien items (SMAST) die nog altijd een specificiteit heeft van 70% en een sensitiviteit van 80 %. Zoals de naam van de test suggereert is hij beter geschikt om afhankelijkheid te detecteren dan riskant of licht problematisch gebruik.

RAPS4 (bijlage 7)

De RAPS4 werd speciaal ontwikkeld voor gebruik in spoeddiensten. Dit screeningsinstrument peilt naar spijt over het drinkgedrag, blackouts, verantwoordelijkheden niet kunnen opnemen door alcoholgebruik en ochtendlijk drinken. Onderzoek wijst uit dat de RAPS4 effectief is om alcoholafhankelijkheid bij volwassen spoedpatiënten te identificeren maar minder om alcoholmisbruik te herkennen (Cherpitel & Clark, 1995, Cherpitel, 2000). Een andere versie van de RAPS4, de 6-item RAPS4-QF waarin ook het item alcoholconsumptie werd opgenomen, kan echter 90% van de gevallen waarin er sprake is van alcoholmisbruik correct herkennen (Cherpitel, 2002).

DSM-IV (2 items) (bijlage 8)

Vergelijkend onderzoek van zes instrumenten AUDIT-C, RAPS4-QF, FAST, CRAFFT, RUFT-cut en twee items van DSM IV (alcoholmisbruik – herhaaldelijk drinken in situaties waarin dit gevaarlijk is of kan zijn; en alcoholafhankelijkheid – drinken in grotere hoeveelheden of langer dan vooraf de bedoeling was) bij 18-20-jarigen op spoeddiensten komt tot de conclusie dat de twee items het best in staat waren om alcoholgerelateerde stoornissen te herkennen bij oudere adolescenten die behandeld worden op spoed. De FAST and AUDIT-C kunnen ook goede resultaten voorleggen maar zijn langer en dus moeilijker af te nemen in een hectische omgeving zoals de spoed (Kelly et al., 2009).

PADDINGTON (bijlage 9)

De Paddington Alcohol Test (PAT) werd ontwikkeld in 1996 en is pragmatisch gegroeid tot een instrument bruikbaar voor het personeel van spoedafdelingen om patiënten te screenen op hun alcoholgebruik (Smith et al., 1996). De PAT is een vorm van gerichte screening, wat wil zeggen dat het al dan niet afnemen van de screening afhankelijk is van kwetsuur waarmee men op de spoeddienst wordt opgenomen. Het is immers vrijwel onmogelijk om iedereen die zich op de spoeddienst aanmeldt routinematig te screenen. Wanneer de patiënt zich aandient met één van de volgende alcoholgerelateerde aandoeningen wordt hij of zij verder gescreend: val, ongeval, hoofdwonde, psychiatrische aandoening (incl. overdosis), inzinking, aanranding, hartpatiënt, maag-darmaandoening,

onpasselijkheid, regelmatige bezoeker spoed (Huntley et al., 2001). De PAT is met andere woorden een hulpmiddel om de link te leggen tussen de reden van aanmelding op spoed en alcoholmisbruik. Eerder onderzoek toont aan dat het maken van deze link ervoor zorgt dat minder patiënten zich later opnieuw moeten aanmelden op de spoed (Touquet & Brown, 2009). Momenteel is het nog onduidelijk welke aanpak (universele of gerichte screening) het meest (kosten-)effectief is binnen de spoeddienst (Coulton et al., 2009).
In de nieuwe versie van de PAT (2009) werd ook opgenomen hoe bepaalde klinische beelden van acuut alcoholgebruik herkend kunnen worden en wanneer het aanbevolen is om de BAC te bepalen (Touquet & Brown, 2009).

De PAT komt goed overeen met de AUDIT maar kan in ongeveer één vijfde van de tijd worden afgenomen. PAT kent een sensitiviteit van 97% en specificiteit van 88% in vergelijking tot de AUDIT. De PAT is daarenboven kosteneffectief (Patton et al., 2004; Jones, 2010).

De PAT wordt in de UK aanbevolen als screeningsinstrument op spoeddiensten (Patton et al., 2004). Ook Verelst en collega's (2012) raden aan om een screeningsinstrument zoals de PAT te implementeren op Belgische spoeddiensten. Nadeel voor gebruik van de PAT is dat deze speciaal ontwikkeld werd voor gebruik in de UK. Consumptiehoeveelheden zijn bijvoorbeeld uitgedrukt in *cans* of *pints* wat het scoren moeilijk maakt in Belgische context.

Modified Single Alcohol Screening Question - M-SASQ (bijlage 10)

Er bestaat heel wat literatuur waarin gesuggereerd wordt dat enkel vragen naar de hoeveelheid alcohol die gedronken werd nuttig kan zijn in het detecteren van risicovol drinken of alcoholgerelateerde stoornissen. Een mogelijkheid om dit op spoeddiensten na te gaan is het stellen van één enkele vraag over de frequentie van drinken (bijvoorbeeld 'hoe dikwijls drinkt u zes of meer consumpties per gelegenheid?'). Van patiënten die positief screenen (bij een gevoelig afkappunt) op deze vraag kan nadien een uitgebreidere screening plaatsvinden (Canagasaby & Vinson, 2005). Dit alternatief is volledig in overeenstemming met de resultaten van de *SIPS-studie* (Drumond & Deluca, 2012). Hierin werd geconcludeerd dat het aandeel van riskante drinkers na een minimale screening met korte feedback en het meegeven van een folder evenveel afnam als na het uitvoeren van een langere interventie. Wat kosteneffectiviteit betreft was de korte leefstijltraining het meest kosteneffectief.

Tabel 1: overzicht screeningsinstrumenten

	AUDIT	AUDIT-C	FAST	CAGE	Five Shot	(S)MAST	RAPS4(-QF)	DSM-IV (2 items)	PADDINGTON	M-SASQ
Sensitiviteit	++	++	++	++	+	++	+	++	++	++
Specificiteit	++	+	++	++	+	+	+	++	++	++
Riskant gebruik	++	++	++	-	+	-	+	-	++	+
Misbruik	++	++	++	+	+	-	+	++	++	++
Afhankelijkheid	++	++	+	+	+	++	++	++	++	++
Taal	E/NL/F	E/NL/F	E/NL	E/NL/F	E/NL/F	E	E	E/NL/F	E	E/NL
Bruikbaarheid Spoeddiensten (tijdscomponent)	-	++	++	+	+	+	++	++	++	++
Bruikbaar bij verschillende doelgroepen?	+ bij verschillende afkappunten	+ bij verschillende afkappunten	+	- Minder geschikt voor vrouwen en minderjarigen	+ bij verschillende afkappunten	+	+	-	+	+

++ = >80%
\+ = > 50% < 80%

Biologische markers[1]

Een mogelijk nadeel van vragenlijsten is dat ze gebaseerd zijn op zelfrapportage en daardoor niet altijd even accuraat; er kan onder- of overschatting zijn van het gebruik of een cognitieve defect zoals een geheugenstoornis waardoor het antwoord onbetrouwbaar word. Sommige biologische parameters zijn in die mate gevoelig voor alcoholmisbruik dat het zinvol is deze te onderzoeken om overmatig alcoholgebruik te bevestigen, leverbeschadiging vast te stellen en ook om het succes van de behandeling te evalueren. Hoewel deze niet aanbevolen worden voor screening op spoeddiensten, kunnen biologische markers wel aangewend worden als toevoeging aan vragenlijsten. Het gebruik van vragenlijsten is immers meer valide en kosteneffectief dan het gebruik van biologische markers (Babor & Kadden, 2005; Coulton et al., 2009).

- Bloed alcohol concentratie (BAC): volgens de hoogte van de BAC en de omstandigheden waarin deze gemeten wordt, heeft men statistische aanduidingen om van een alcoholintoxicatie te kunnen spreken. Het alcoholgehalte in het bloed

[1] Uit: Matthys, 2004.

kan door een bloedafname of via een ademtest gemeten worden. Deze testen zijn belangrijk op urgentiediensten en bij onvoorziene ingrepen of hospitalisaties. Ze kunnen ook een aanduiding geven over alcoholgewenning, bijvoorbeeld wanneer iemand geen tekenen van dronkenschap vertoont en een BAC heeft van > 1,5‰ . Om als screeningsinstrument gebruikt te worden in een eerstelijnsdienst heeft deze test een te lage sensitiviteit en specificiteit.

- Gamma-Glutamyl Tranferase (GGT) is de meest gebruikte labtest. Dit door de lever afgescheiden eiwit wordt in verhoogde mate geproduceerd bij langdurig alcoholmisbruik. Chronisch drinken van vier of meer glazen per dag gedurende vier tot acht weken doet de bloedspiegels ervan significant stijgen. Ze normaliseren weer na vier à vijf weken abstinentie (Allen et al., 2001). Bij zware chronische drinkers in de herstelfase wordt deze test soms gebruikt om tijdens de abstinentie eventueel herval te detecteren. De test is echter niet erg specifiek omdat GGT ook gestegen is bij niet-alcoholische leverschade, bij gebruik van medicatie en bij sommige metabole stoornissen. Ook de ASpartaat-AminoTransferase (ASAT) en de ALanine-AminoTransferase (ALAT) kunnen verhoogd zijn bij een alcoholische hepatitis maar ook bij andere aandoeningen.
- Mean Corpuscular Volume (MCV) is een index die verwijst naar het volume van de rodebloedcellen. Deze index neemt, wegens het toxisch effect van alcohol op het beenmerg, toe bij excessief alcoholgebruik na vier à acht weken. Gezien de lage sensitiviteit is deze test op zich geen goede indicator. In combinatie met andere testen heeft hij zijn plaats omdat de MCV bij abstinentie langer verhoogd blijft.
- Carbohydraat-deficiënt Transferrine (CDT) is een eiwit waarvan de bloedspiegel stijgt na één à twee weken excessief drinken. Het is specifieker dan GGT maar de sensitiviteit is niet zo groot bij vrouwen en bij adolescenten. Daarenboven is de test vrij duur. Omdat deze test vooral interessant is wanneer de waarden over de tijd vergeleken worden, is hij vooral bruikbaar als ondersteunende feedback of om herval te detecteren.
- HDL-cholesterol: bij alcoholafhankelijkheid ziet men vaak een verhoging van de HDL-Cholesterol. Wanneer tegelijkertijd de GGT verhoogd is, wijst dit in 75% van de gevallen op overmatig alcoholgebruik (Wetterling et al., 1996).

Screening naar riskant of problematisch alcoholgebruik: conclusie

De AUDIT is speciaal ontwikkeld voor gebruik in de eerste lijn, maar is lang en tijdrovend voor gebruik als snel screeningsinstrument. Dat pleit voor een verkorte versie zoals de AUDIT-C of de FAST. Toch blijkt het afnemen van deze instrumenten in de hectische omgeving van de spoedgevallendienst niet steeds haalbaar. Wanneer toch gekozen wordt om iedereen te screenen is het bevragen van twee items uit de DSM-IV een betere optie (alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid). Een andere mogelijkheid is het stellen van één enkele vraag over de frequentie van drinken. Onderzoek wijst immers uit dat het aandeel riskante drinkers na een dergelijke minimale screening en gevolgd door een minimale interventie evenveel afnam als na het uitvoeren van uitgebreidere interventie.

Indien geopteerd wordt om niet iedereen systematisch te screenen kan een gerichte screening op basis van de enkele kwetsuren die de hoofdreden van opname vormen aangewezen zijn. Een instrument dat hiervoor, mits enkele aanpassingen, uitstekend geschikt kan zijn is de PAT. Daarenboven zit in dit instrument reeds een KI vervat.

Het nagaan van biologische markers is niet kosteneffectief.

3. Kortdurende interventies bij riskant en/of problematisch alcoholgebruik

Kortdurende interventies (KI) bestaan in het algemeen uit één of enkele interventies van 5 tot 30 minuten gegeven door een arts, verpleger, psycholoog of sociaal werker. KI's kunnen gebaseerd zijn op verschillende therapeutische technieken. Doorgaans wordt gebruik gemaakt van een combinatie van op motiverende gespreksvoering geënte gesprekstechnieken, een kort advies en overige beknopte procedures, zoals het geven van feedback over de fysieke conditie van de patiënt. De centrale gedachtegang achter de implementatie van KI's op spoeddiensten is dat de opname op een spoeddienst voor een patiënt een aanzet kan zijn om tot gedragsverandering te komen (leermoment) (Moyer et al., 2002, Kaner et al., 2009, McQueen et al., 2011).

De inhoud van de meeste KI's is samen te vatten met het acroniem FRAMES (Miller en Rollnick, 2002 en Van Emst, 1997):

- **F**eedback: Een cliënt moet in ieder geval goed op de hoogte zijn van zijn gezondheidstoestand om te kunnen beoordelen in hoeverre er sprake is van een probleem. Het is belangrijk om de cliënt objectieve informatie te verstrekken, zodat hij over zijn situatie kan gaan nadenken.
- **R**esponsibility: Onder deze noemer wordt de eigen verantwoordelijkheid benadrukt. Het is de eigen keuze van de cliënt om te minderen of te stoppen met gebruik.
- **A**dvice: Een duidelijk advies kan helpen een beslissing te nemen en/of uit te voeren. Het kan ook dat de cliënt zelf om advies vraagt, bijvoorbeeld welke hulpverleningsmogelijkheden er bestaan.
- **M**enu: Hoewel een eenduidig advies voor sommige personen een goede manier is om een beslissing te nemen, is het in de meeste gevallen beter om een aantal keuzemogelijkheden aan te bieden. Iemand kan dan kiezen voor de optie die het beste aansluit bij zijn of haar leefsituatie.
- **E**mpathy: Het empatisch vermogen van de hulpverlener is een essentieel element in het motiveren tot gedragsverandering. Een warme, reflectieve en niet-veroordelende houding is veel effectiever dan een agressieve, confronterende en dwingende houding.
- **S**elf-efficacy: Het versterken van het zelfvertrouwen van de cliënt is een voorwaarde voor een succesvolle gedragsverandering.

Kortdurende interventies worden ingezet bij zowel (vermoeden van) overmatig drinken als bij mensen die zich vanwege alcoholmisbruik of –afhankelijkheid voor behandeling aanmelden. Bij een vermoeden van excessief drinken kan een KI plaatsvinden binnen bijvoorbeeld de algemene gezondheidszorg (huisarts, spoedeisende hulpafdelingen, diverse afdelingen van algemeen ziekenhuis) of door de bedrijfsarts (Richtlijn). De doelstelling van een KI is het alcoholgebruik van de patiënt te beperken en om riskant drinkgedrag te verminderen (Moyer & Finney, 2004). In de jaren '60 werd door Chafetz en collega's voor het eerst gerapporteerd over de toepassing van KI op spoedopnamediensten en werd aangetoond dat alcoholafhankelijke patiënten op deze manier gemotiveerd werden om een behandeling op te starten. In dit onderzoek werd ook aangetoond dat de toepassing van KI door zowel dokters als verpleegkundigen als haalbaar werd beschouwd in de alledaagse praktijk.

KI's op spoeddiensten bevatten doorgaans:

- geven van feedback over de screeningsresultaten en informatie over de link tussen alcoholgebruik, het alcoholgebruik van de patiënt en de reden van zijn/haar opname op de spoeddienst, richtlijnen over verantwoord drinkgedrag, … Dit gebeurt meestal in een gesprek van 5 à 10 minuten
- Het bevragen van de visie van de patiënt op zijn of haar drinkgedrag en aandachtig luisteren om hun denk- en beslissingsproces over hun alcoholgebruik in gang te zetten
- advies en opties voor gedragsverandering aanreiken. Dit kan door bijvoorbeeld een doorverwijzing naar de gespecialiseerde hulpverlening te voorzien of voorlichtingsmateriaal afgestemd op de mate van alcoholgebruik van de patiënt uit te reiken (Higgins-Biddle et al., 2009)

3.1. Effectiviteit van kortdurende interventies

Uit verschillende reviews kan geconcludeerd worden dat er significante positieve effecten zijn voor het toepassen van kortdurende interventies bij al dan niet problematisch alcoholgebruik en dit in verschillende settings (Babor, 1994; Wilk et al., 1997; Poikalonen, 1999; Moyer e.a., 2002; Miller & Wilbourne, 2002; Fleming et al., 2002). Uit een review van KI's op spoeddiensten van de hand van D'Onofrio & Degutis (2002), aangevuld met meer recent fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, blijkt dat er voldoende evidenties zijn – zowel wat betreft zijn potentiële effectiviteit (Dinh-Zarr et al., 2004; Crawford et al., 2004; Longabaugh et al., 2001; Monti et al., 1999; Gentilello et al., 1999; Désy et al., 2009*)* als kosteneffectiviteit – (Barrett et al., 2006; Gentilello et al., 2005) opdat KI's in de klinische praktijk van spoeddiensten dienen opgenomen te worden. Wel is het zo dat de intensiteit van de onderzochte KI's vaak verschillend is, gaande van zeer minimale interventies tot meer intensieve leefstijltraining (Coulton et al., 2009). Hierdoor is het niet mogelijk om de kwaliteit van deze specifieke interventies onderling te vergelijken.

3.2. KI's op spoeddiensten: aandachtspunten

- Het merendeel van de onderzoeken rond kortdurende interventies wijzen uit dat KI's minder effectief zijn voor patiënten die te kampen hebben met alcoholafhankelijkheid (Kaner et al., 2007; Moyer et al., 2002). Experts raden daarom aan om deze patiënten door te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening (Babor et al., 2001; Willenbring and Olson, 1999; Rubinsky et al., 2010). Recent onderzoek van Field en collega's (2010) stelde evenwel vast dat KI's wel effectief kunnen zijn voor patiënten die aan de DSM-IV criteria voor alcoholafhankelijkheid voldeden.

- Zoals eerder reeds werd aangehaald kan het voordelig zijn om KI's te richten op gekwetste patiënten. Zij zijn over het algemeen jonger dan de algemene bevolking, wat het mogelijk maakt om problemen reeds vroeg op te sporen (Antti-Poika et al., 1988). Daarbij komt dat vanuit een ernstige of acute medische toestand waarbij alcohol een rol speelt, de nood om te stoppen of te minderen met alcoholgebruik ook urgenter is. Als er dan zo'n 'ontvankelijk moment' bestaat kan een hospitalisatie een goede opportuniteit zijn om iets te doen aan het riskant of problematisch gebruik

- (Williams et al. 2005, Longabaugh et al., 1995; Gentilello et al., 1999). Er wordt echter ook gesuggereerd dat, los van enige interventies, de traumatische ervaring van het oplopen van een kwetsuur en nadien opgenomen te worden op een spoedafdeling op zich voldoende reden kan zijn voor de patiënt om minder te gaan drinken, (Bombardier, Dawn, & Kilmer, 1997; Bombardier & Rimmele, 1998; Nilsen et al., 2008; Barnett et al., 2010).

- Onderzoek van Barnett en collega's (2010) stelt dat patiënten een interventie moeten krijgen, aangepast aan hun bereidheid om te veranderen. Zo zullen jongvolwassenen met risicovol alcoholgebruik maar een lage of zelfs geen bereidheid tot veranderen het meest gebaat zijn met een persoonlijk contact. Minder intensieve interventies zouden voorbehouden moeten worden voor patiënten wiens behandeling te maken heeft met hun (overmatige)alcoholconsumptie.

- Het effect van KI's kan verhoogd worden door het aanbieden van een boostersessie na het ontslag van de patiënt, zelfs indien de aanmelding op de spoeddienst niet rechtstreeks was gerelateerd aan het gebruik van alcohol (Longabaugh e.a., 2001).

- Williams et al. (2005) concluderen dat wanneer een patient positief screent op alcoholmisbruik, hij of zij zo snel mogelijk een KI moet krijgen. Wanneer de patiënt moet doorverwezen worden, dienen deze afspraken ook zo snel mogelijk plaats te vinden (liefst nog diezelfde dag).

- Het is nog onduidelijk of genderverschillen al dan niet een rol spelen in de effectiviteit van KI's op spoeddiensten. Sommige studies rapporteren dat vrouwen meer open staan voor KI's dan mannen of dat ze een minder intensieve interventie nodig hebben. Andere studies zeggen dan weer dat KI's effectief zijn voor mannen maar niet bij vrouwen (Barnett et al., 2010). In haar systematische review uit 2009 concludeert Kaner dat er onvoldoende data beschikbaar is om conclusies te trekken over de effectiviteit van kortdurende interventies uitgevoerd bij vrouwen op spoeddiensten.

- Recent onderzoek van Daeppen et al. (2010) suggereert dat het motivationele aspect van de interventie het belangrijkste onderdeel van de KI vormt. De onderzoekers vinden dan ook dat KI's vooral op dit aspect moeten focussen, eerder dan op andere componenten zoals bijvoorbeeld het geven van feedback. Dit betekent volgens hen ook dat de trainingen die het personeel moet volgen om de KI te kunnen toepassen veel aandacht aan motivationele gespreksvoering binnen het FRAMES-kader moeten spenderen opdat het personeel alle nodige vaardigheden onder de knie krijgt om de patiënt tot gedragsverandering te motiveren.

Kortdurende interventies bij riskant en/of problematisch alcoholgebruik: conclusie

Kortdurende interventies op basis van screeningsresultaten en met het gebruik van de elementen uit FRAMES zijn effectief voor toepassing op spoeddiensten bij personen die overmatig of riskant drinkgedrag vertonen. De traumatische ervaring van de spoedopnamen kan ervoor zorgen de patiënt ontvankelijk is voor een dergelijke interventie. Belangrijk is wel dat de KI zo snel mogelijk wordt uitgevoerd. Eventuele boostersessies kunnen de effectiviteit ervan nog verhogen.

Over de inhoud van dergelijke KI's is nog niet veel evidentie beschikbaar. Wel staat vast dat er op spoeddiensten vaak geen tijd is voor uitgebreide leefstijltrainingen en dat een empathische, ondersteunende houding belangrijk is.

4. Implementatie: bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de implementatie van screening en KI's op spoeddiensten kunnen opgesplitst worden in drie soorten: organisatorische, personeels-, en patiëntgerelateerde factoren.

4.1. Organisatorische factoren

De implementatie van screening en kortdurende interventies op spoeddiensten kan bemoeilijkt worden door verschillende organisatorische factoren. De belangrijkste van deze factoren zijn het gebrek aan financiële impulsen of steun vanuit de directie. Ook het managen van de werklast kan een knelpunt zijn, zeker wanneer deze zo hoog is dat het personeel hierdoor geen extra verantwoordelijkheden kan of wil opnemen. Er is evenwel voldoende evidentie dat dit soort barrières overkomen kunnen worden door een goed trainingsprogramma voor het personeel dat voldoende aandacht heeft voor het aanleren van de nodige vaardigheden om de interventie uit te voeren (Johnson et al., 2010).
Een andere organisatorische factor die de implementatie, van met name het doorverwijzingsaspect van de interventie, kan bemoeilijken is een beperkte toegang tot en/of beschikbaarheid van gespecialiseerde alcoholhulpverlening in het ziekenhuis of de regio waarin het zich bevindt (Désy et al., 2008).

4.2. Personeelsfactoren

- Het is niet haalbaar en wenselijk om de volledige verantwoordelijkheid over het SBIRT-programma bij één enkele groep van hulpverleners, bijvoorbeeld de spoedartsen, te leggen. Om er voor te zorgen dat de interventies structureel op de dienst worden ingebed is het engagement van verschillende disciplines vereist. (Broyles et al., 2010). Volgens Walton en collega's is het meer kosteneffectief om, vanwege de drukke agenda's van spoedartsen, andere personeelsleden (sociaal werkers, verpleegkundigen, …) op te leiden om de interventies te kunnen uitvoeren. Onderzoek wijst daarenboven uit dat een meerderheid van het spoedpersoneel het geven van kortdurende interventies niet als onderdeel van hun takenpakket beschouwd. De implementatie kan echter aanzienlijk vergemakkelijkt worden door het betrekken van *alle* relevante personeelsleden vanaf het moment dat er sprake is om screening en kortdurende interventie op de afdeling te introduceren. (Johnson et al., 2010). Sensibilisering van spoedpersoneel over het nut en de meerwaarde van screening en KI's op spoeddiensten lijkt dan ook erg belangrijk.

- Er is voldoende evidentie die aantoont dat een SBIRT uitgevoerd door andere personeelsleden van de spoeddienst even effectief is als een SBIRT uitgevoerd door een arts (Sullivan et al., 2011).

- Focusgroepstudies wijzen uit dat personeelsleden eerder geneigd zijn om kortere en makkelijk te scoren instrumenten te gebruiken (Coulton et al., 2009).

- Klinische inertie kan een mogelijke barrière zijn bij de implementatie. Dit kan het gevolg zijn van een gepercipieerd tijdsgebrek om de interventie uit te voeren of door een gebrek aan vertrouwen in de screeningsinstrumenten vergeleken met het eigen oordeel van de professional (Johnson et al., 2010).

- Higgins-Biddle et al. (2009) sommen een aantal factoren op die dienen afgewogen te worden wanneer beslist wordt **wie** de interventies zal uitvoeren:
    - Beschikbare tijd. In de hectische omgeving van spoeddiensten kan dit wel eens de belangrijkste factor zijn en zullen veel personeelsleden aangeven geen tijd te hebben. Hierbij dient evenwel in het achterhoofd gehouden te worden dat het niet noodzakelijk dezelfde persoon hoeft te zijn die zowel de screening als de KI zal uitvoeren. Door een verdeling van de taken onder verschillende personen kan de werklast en tijdsinvestering verdeeld worden. Daarenboven kunnen de interventies uitgevoerd worden op een moment dat andere handelingen worden uitgevoerd.
    - Kennis en ervaring zijn belangrijk maar zijn zeker niet doorslaggevend. Onderzoek wijst uit dat de meeste leden van de medische staf in staat zijn om de interventies uit te voeren na het volgen van een training. Interpersoonlijke vaardigheden zijn van groot belang. Screening en KI houdt immers in dat er met patiënten gesproken moet worden over hun drinkgedrag en de gezondheidsrisico's die hiermee verbonden zijn. Een niet-beoordelende, open en vertrouwenscheppende benadering is hierbij essentieel om patiënten op hun gemak te stellen en open te laten praten over hun leven.
    - Bereidheid om *iets nieuws* te proberen, alcoholgebruik te bediscutiëren en er tijd in te investeren, is ook belangrijke factor in de keuze van de juiste perso(o)n(en). Personeelsleden die zich hiervoor vrijwillig opgeven doen het over het algemeen beter en houden het langer vol dan mensen die ervoor aangeduid werden.

4.2.1. Training van spoedpersoneel

Zoals in het voorgaande reeds enkele malen werd aangehaald, valt het belang van een goede training voor personeelsleden die aan de slag gaan met de screening en KI niet te onderschatten. Er bestaat een groot aanbod aan bronnen, zowel online als via seminaries of congressen, met trainingen rond het afnemen van screening en KI (Higgins-Biddle et al., 2009). Training kan bijvoorbeeld bestaan uit volgende componenten (Désy et al., 2008; Cherpitel et al., 2009):

- didactische materialen, inclusief (wetenschappelijke) achtergronden bij de (effectiviteit) van de interventie
- een interactieve component met rolspelen, het bekijken van trainingvideo's en bediscutiëren van de aandachtspunten hieruit, het uitvoeren van een screening en KI onder begeleiding van een expert, …
- een debriefing voor aanvang van de eigenlijke implementatie
- één of meerdere boostersessie na implementatie kunnen de effectiviteit verhogen
- het gebruik van een interactieve DVD of computer met hierop het trainingsprogramma kan de implementatie bevorderen doordat personeelsleden

hierdoor op ieder moment dat ze willen (bepaalde aspecten van) de training nog eens kunnen doorlopen

Een belangrijke component van de training bestaat uit het onder de knie krijgen van de elementen van FRAMES. Dit zorgt ervoor dat het gesprek kan plaats vinden op een niet bedreigende, ondersteunende manier. Dit kan er ook voor zorgen dat de patiënt zich minder ongemakkelijk of beschaamd voelt (Daeppen et al., 2010, Walton et al., 2008; Johnson et al., 2010).

4.3. Patiëntgerelateerde factoren

Een cliëntgericht informed consent proces geeft patiënten meer controle over hun interactie met het personeel en kan op die manier de acceptatie van de interventie verhogen. Zo moeten ze bijvoorbeeld expliciet geïnformeerd worden wanneer ze een kortdurende interventie krijgen of doorverwezen worden naar de gespecialiseerde hulpverlening wanneer ze positief screenen. Patiënten moeten ook weten dat ze op ieder ogenblik mogen weigeren om te antwoorden of verder te gaan in het proces zonder dat dit gevolgen heeft voor hun verdere medische behandeling (Hungerford et al., 2000).

De aanwezigheid van familieleden kan patiënten beletten om frank en vrij te antwoorden op alcoholgerelateerde vragen (Désy et al., 2008).

Vanuit een ernstige of acute medische toestand waarbij alcohol een rol speelt (i.c. opname op een spoeddienst) kan de nood om te stoppen of te minderen met alcoholgebruik urgenter zijn. Patiënten hebben in deze situatie ook voldoende tijd om een vragenlijst in te vullen, vragen te beantwoorden en advies te krijgen (Williams et al., 2005).

Implementatie: bevorderende en belemmerende factoren: conclusie

Om eventuele barrières te overwinnen is het organiseren van een training voor alle relevante personeelsleden van doorslaggevend belang. Eerder dan de kennis van de problematiek zelf is de houding van het personeel om iets aan de alcoholproblematiek te doen van essentieel belang voor het welslagen van de interventie,

Het aanleren van een grondhouding gebaseerd op FRAMES dient centraal te staan in de training.

5. Van literatuur tot interventie

Het project 'alcoholinterventie op spoeddiensten' stelde zich tot doel om op basis van wetenschappelijke literatuur een interventie te ontwikkelen voor alcoholgebruik bij patiënten die zich aanmelden op de spoeddienst. Deze interventie bestaat uit een screening via een korte vragenlijst, een kort feedbackgesprek en een eventuele doorverwijzing naar de alcohol- en drughulpverlening. In de literatuur wordt deze vorm van interventies beschreven als SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment).
De bedoeling van het project was het uittesten van de werkbaarheid en accepteerbaarheid van de SBIRT in de context van Belgische spoeddiensten. Het project werd geëvalueerd aan de hand van een analyse van de door het personeel van de spoeddiensten ingevulde screeningsvragenlijsten, een vragenlijst die het patiëntenperspectief in kaart moest brengen en een voor- en nameting bij de personeelsleden van de spoeddiensten, aangevuld met diepte-interviews afgenomen bij de hoofdverpleegkundigen.

Op basis van de literatuur beschreven in dit achtergronddossier werd ervoor gekozen om tijdens het eerste projectjaar (2011) een screeningsinstrument te ontwikkelen gebaseerd op de Paddington Alcohol Test (PAT) en de verkorte versie van de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) - de AUDIT-C – aangevuld met een vraag over het weekgebruik. Afhankelijk van de scores (laag, matig of hoog risico) die patiënten op dit instrument behaalden werd een kortdurende interventie aangeboden. Deze interventie werd uitgetest in 3 Vlaamse en 3 Waalse en Brusselse ziekenhuizen: AZ Sint-Maarten Duffel, ZNA Stuivenberg Antwerpen en AZ Groeninge Kortrijk in Vlaanderen en CHU Saint Pierre Brussel, CHR Namur en CHR Liège in Wallonië en Brussel.

De testfase legde echter enkele pijnpunten bloot waardoor geconcludeerd moest worden dat de ontwikkelde interventie niet helemaal geschikt was om toe te passen op spoeddiensten. Tijdens de testfase werden in Vlaanderen 194 patiënten aangesproken. De duurtijd van de interventie was gemiddeld 11 minuten. Maar liefst 91.5% van deze Vlaamse patiënten die deelnamen aan de evaluatie gaf aan het niet erg te vinden dat er op de spoeddienst naar hun alcoholgebruik gevraagd werd. Slechts 1.4% van de patiënten had hier problemen mee. Aan Franstalige zijde werden 63 patiënten aangesproken. Het personeel van de deelnemende spoeddiensten stond echter minder positief tegenover het implementeren van de interventie. In overeenstemming met wat in dit achtergronddossier reeds werd beschreven kon ook voor dit project gesteld worden dat met name het tijdsgebrek (werkdruk, personeelstekort) een barrière vormt om tot structurele implementatie over te kunnen gaan: 86% van de respondenten vond het moeilijk om de interventie naast hun dagdagelijkse bezigheden uit te voeren. Ook het mankeren van bepaalde interpersoonlijke vaardigheden (onzekerheid over de rol van het personeel met betrekking tot het uitvoeren van de interventie, moeilijkheid om het thema alcohol ter sprake te brengen) oefende een belangrijke invloed uit op de accepteerbaarheid en de haalbaarheid van deze interventie. Zo gaf het spoedpersoneel bijvoorbeeld aan dat het afnemen van de screening nog enigszins haalbaar is maar dat voor de kortdurende interventie een soort liaisonteam nodig is. Een korter en

eenvoudiger screeningsinstrument gekoppeld aan een minimale interventie was volgens hen veel beter haalbaar.[2]

Deze suggestie was volledig in overeenstemming met de onlangs gepubliceerde resultaten van de SIPS-studie (Drumond & Deluca, 2012) die in de loop van de testfase werden gepubliceerd. Hierin werd geconcludeerd dat het aandeel van riskante drinkers na een minimale screening en minimale interventie (feedback en patiëntenfolder) evenveel afnam als na het uitvoeren van uitgebreidere en meer gesofisticeerde interventie.

Op basis van de hierboven besproken evaluatieresultaten en met de conclusies van de SIPS-studie in het achterhoofd werd een nieuwe, kortdurende interventie ontwikkeld (screening via de Modified Single Alcohol Screening Question - M-SASQ, gevolgd door feedback en het meegeven van een informatiefolder). Deze interventie werd in 2013 uitgetest in twee Waalse (CHU Saint Pierre Brussel en CHR Liège) en twee Vlaamse ziekenhuizen (AZ St-Maarten Duffel en AZ Groeninge Kortrijk). In Vlaanderen werden er in totaal 2775 patiënten gescreend waarvan ruim een kwart positief scoorde en aldus de informatiefolder meekregen. Het personeel van de betrokken spoeddiensten was over het algemeen van oordeel dat het uitvoeren van deze interventie haalbaarder was dan de uitgebreidere interventie. Ook de informatiebrochure voor patiënten werd als positief geëvalueerd.

[2] Uitgebreide evaluatieresultaten kunnen bij VAD opgevraagd worden.

6. REFERENTIES

Academic ED SBIRT Research Collaborative (2007). The Impact of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) on Emergency Department Patients' Alcohol Use. *Ann Emerg Med.* 50(6), 699-710.

Adams WL, Barry K, Fleming MF (1996). Screening for problem drinking in older primary care patients. *JAMA*, 276:1964.

Aertgeerts B, Buntinx S, Ansoms S & Fevery J (2001). Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice*, 51, 206-217.

Agerwala SM, Suneel M & McCance-Katz EF (2012). Integrating screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) into clinical practice settings: A brief review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(4), 307-317.

Allen JP, Litten RZ, Fertig JB & Sillanaukee P (2001) Carbohydrate-deficient transferrin: an aid to early recognition of alcohol relapse. *American Journal of Addictions*, 10, 24–28.

Antti-Poika I, Karaharju E, Roine R, Salaspuro M (1988). Intervention of heavy drinking--a prospective and controlled study of 438 consecutive injured male patients. *Alcohol Alcohol.* 23(2):115-21.

Babor TF (1994). Avoiding the horrid and beastly sin of drunkenness: does dissuasion makes a difference? *Journal Consult Clinical Psychology*, 62, 1127-40.

Babor TF, Kadden RM (2005). Screening and Interventions for Alcohol and Drug Problems in Medical Settings: What Works? *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 59(Supplement), S80-S87.

Barrett B, Byford S, Crawford MJ, Patton R, Drummond DC, Henry JA, Touquet (2006). Cost-effectiveness of screening and referral to an alcohol health worker in alcohol misusing patients attending an accident and emergency department: a decision-making approach. *Drug Alcohol Depend*, 81(1), 47-54.

Barnett NP, Apodaca TR, Magill M, et al (2010). Moderators and mediators of two brief interventions for alcohol in the emergency department. *Addiction*, 105(3), 452-65.

Bernstein E (2008). Effectiveness of Alcohol Screening and Brief Motivational Intervention in the Emergency Department Setting. *Annals of Emergency Medicine,* 51(6), 751-754.

Bernstein E, Topp D, Shaw E, et al (2009). A preliminary report of knowledge translation: lessons from taking screening and brief intervention techniques from the research setting into regional systems of care. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 16(11), 1225-33.

Bombardier CH, Ehde D, Kilmer J (1997). Readiness to change alcohol drinking habits after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(6), 592-596.

Bombardier CH & Rimmele CT (1998). Alcohol use and readiness to change after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1110-15.

Borges G et al. (1998). Alcohol consumption in emergency room patients and the general population: a population based study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(9), 1986-1991.

Broyles LM, Gordon AJ (2010). SBIRT implementation: moving beyond the interdisciplinary rhetoric. *Substance abuse*, 31(4), 221-223.

Calle PA, Damen J, De Paepe P, Monsieurs KG & Buylaert WA (2006) A survey on alcohol and illicit drug abuse among emergency department patients. *Acta Clinica Belgica*, 61-4, 188-195.

Canagasaby A & Vinson DC (2005). Screening for hazardous or harmful drinking using one or two quanitiy-frequency questions. *Alcohol Alcohol*, 40(3), 208-213.

Clark DB, Gordon AJ, Ettaro LR, Owens JM, Moss HB (2010). Screening and brief intervention for underage drinkers. *Mayo Clinic.*, 85(4), 380-91.

Cherpitel CJ (1993). Alcohol consumption among emergency room patients: Comparison of county/community hospitals and an HMO. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 432-440.

Cherpitel CJ (2000). A brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: the RAPS4. *J Stud Alcohol*, 61, 447-9.

Cherpitel CJ (2002). Screening for alcohol problems in the U.S. general population: comparison of the CAGE, and RAPS4, and RAPS4-QF by gender, ethnicity, and services utilization. *Alcohol Clin Exp Res*, 26, 1686-91.

Cherpitel CJ (2007). Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies since 1995. *Drug and Alcohol Review*., 26, 201–4.

Cherpitel CJ & Clark WB (1995). Ethnic differences in performance of screening instruments for identifying harmful drinking and alcohol dependence in the emergency room. *Alcohol Clin Exp Res*, 19(3), 628-34.

Cherpitel CJ & Borgers G (2000). Performance of screening instruments for alcohol problems in the ER: a comparison of Mexican-Americans and Mexicans in Mexico. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 26(4), 683-702.

Cherpitel CJ, Bernstein E, Bernstein J, Moskalewicz J, Swiatkiewicz G (2009). Screening, Brief Intervention and Referral To Treatment (Sbirt) in a Polish Emergency Room: Challenges in Cultural Translation of Sbirt. *Journal of addictions nursing*, 20(3), 127-131.

Chung T, Colby SM, Barnett NP, Rohsenow DJ, Spirito A, Monti PM (2000). Screening adolescents for problem drinking: performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *J Stud Alcohol*, 61, 579-87.

Conigrave K, Burns F, Reznik R & Saunders J (1991). Problem drinking in emergency department patients: the scope for early intervention. *The medical journal of Australia*, 154, 801-805.

Coulton S, Perryman K, Bland M, et al (2009). Screening and brief interventions for hazardous alcohol use in accident and emergency departments: a randomised controlled trial protocol. *BMC health services research*, 9, 114.

Crawford MJ, Patton R, Touquet R, et al (2004). Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*, 364(9442), 1334-9.

Cunningham RM, Wild TC, Cordingley J, Van Mierlo T, Humphreys K (2010). Twelve-month follow-up results from a randomized controlled trial of a brief personalized feedback intervention for problem drinkers. *Alcohol and alcoholism*, 45(3), 258-62.

Cunningham RM, Walton M, Goldstein A, et al (2009). Three-month follow-up of brief computerized and therapist interventions for alcohol and violence among teens. *Academic emergency medicine*, 16(11), 1193-1207.

D'Onofrio G, Pantalon MV, Degutis LC, et al (2008). Brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 51(6), 742-750.

D'Onofrio G & Degutis LC (2002). Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic emergency medicine*, 9(6), 627-638.

Daeppen JB, Bertholet N & Gaume J (2010). What process research tells us about brief intervention efficacy. *Drug and Alcohol Review,* 29(6), 612-616.

Désy PM, Howard PK, Perhats C, Li S (2010). Alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment conducted by emergency nurses: an impact evaluation. *Journal of emergency nursing*, 36(6), 538-45.

Désy PM, Perhats C (2008). Alcohol screening, brief intervention, and referral in the emergency department: an implementation study. *Journal of emergency nursing*, 34(1), 11-9.

Dinh-Zarr TB, Heitman C, Roberts E, et al (2005). Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.

Drummond C & Deluca P (2012). Alcohol screening and brief intervention in emergency departments. Effectiveness bank bulletin. Beschikbaar via: http://findings.org.uk/count/downloads/download.php?file=Drummond_C_11.txt (8 augustus 2013).

Ewing JA (1984). Detecting Alcoholism: The Cage Questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252(14), 1905-1907.

Field C, Baird J, Saitz R, Caetano R, Monti PM (2010). The mixed evidence for brief intervention in emergency departments, trauma care centers, and inpatient hospital settings: what should we do? *Alcoholism, clinical and experimental research*, 34(12), 2004-10.

Fiellin DA, Carrington R & O'Connor PG (2000) Screening for Alcohol problems in primary care, a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1977-1989.

Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher E (1999). Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *The Journal of family practice,* 48(5), 378-84.

Fleming MF, Mundt MP, French MT et al. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 26(1), 36–43.

Gentilello L, Rivara F, Donovan D, Jurkovich G, Daranciang E, Cunn C, Villaveces A, Copass M, & Ries R (1999). Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Annuals of Surgery*, 230(4), 473-483.

Gentilello LM, Ebel BE, Wickizer TM, Salkever DS, Rivara FP (2005). Alcohol Interventions for Trauma Patients Treated in Emergency Departments and Hospitals. *Annals of Surgery,* 241(4), 541-550.

Gual A, Segura L, Contel M, Heather N & Colom J (2002). Audit-3 and Audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol & Alcoholism,* 37(6), 591-596.

Higgins-Biddle J, Hungerford D, Cates-Wessel K (2009). *Screening and Brief Interventions (SBI) for unhealthy alcohol use: a step-by-step implementation guide for trauma centers.* Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

Hodgson R, Alwyn T, John B, Thom B, Smith A (2002). The FAST Alcohol Screening Test. *Alcohol and alcoholism*, 37(1), 61-6.

Hungerford DW, Pollock D, Todd KH (2000). Acceptability of emergency department-based screening and brief intervention for alcohol problems. *Academic emergency medicine*, 7(12), 1383-92.

Huntley JS, Blain C, Hood S et al. (2001) Improving detection of alcohol misuse in patients presenting to an A&E department. *Emerg Med J*, 18, 99–104.

Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E (2010). Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *Journal of public health*, 33(3), 412-421.

Jones LA (2011). Systematic review of alcohol screening tools for use in the emergency department. *Emerg Med J.*, 28(3), 82-91.

Kaner E, Dickinson H, Beyer F et al (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug Alcohol Rev*, 28(3), 301-323.

Kaner E, Bland M, Cassidy P, et al (2013). Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMJ*, 346, e8501.

Kelly TM, Donovan JE, Chung T, Bukstein OG, Cornelius JR (2009). Brief screens for detecting alcohol use disorder among 18-20 year old young adults in emergency departments: Comparing AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-Cut, and DSM-IV 2-Item Scale. *Addictive behaviors*, 34(8), 668-74.

Lapham SC, Gregory C, McMillan G (2003). Impact of an alcohol misuse intervention for health care workers: Frequency of binge drinking and desire to reduce alcohol use. *Alcohol,* 38(2), 176-182.

Longabaugh R, Woolard RE, Nirenberg TD, Minugh AP, Becker B, Clifford PR, Carty K, Licsw Sparadeo F, Gogineni A (2001): Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *J Stud Alcohol*, 62(6), 806-16.

Love AC, Greenberg MR, Brice M, Weinstock M (2008). Emergency department screening and intervention for patients with alcohol-related disorders: a pilot study. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 108(1), 12-20.

McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev.*, 10, 8.

Miller WR & Rollnick S (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed.* London: Guilford Press.

Miller WR, Wilbourne PL (2002). Mesa Gande: a methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders*. Addiction*, 97, 265-77.

Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M, Woolard R, Lewander W (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol*, 67(6), 989-94.

Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, et al (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279-92.

Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, et al (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279-92.

Nilsen P, Baird J, Mello MJ et al (2008). A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients*. Journal of Substance Abuse*, 35(2), 184-201.

O'Connell H, Chin AV, Hamilton F, Cunningham C, Walsh JB, Coakley D, Lawlor BA (2004). A systematic review of the utility of self-report alcohol screening instruments in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 19, 1074-86.

Patton R (2004). The Paddington Alcohol Test: a Short Report. *Alcohol and Alcoholism*? 39(3), 266-268.

Pedersen B, Oppedal K, Eglund L & Tonnesen H (2011). Will Emergency and surgical patients participate in and complete alcohol interventions? A systematic review. *BMC Surgery,* 11-26.

Piccinelli M, Tessari E, Bortolomasi M, Piasere O, Semenzin M, Garzotto N, Tansella M (1997). Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study*. British Medical Journal,* 314, 420-424

Poikolainen, K. (1999) Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventative Medicine*, 28, 503–509.

Reid MC, Fiellin DA, O'Connor PG (1999). Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1681-1689.

Reinert DF & Allen JP (2002). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism, Clinical & Experimental Research*, 26(2), 272-9.

Rubinsky AD, Kivlahan DR, Volk RJ, Maynard C, Bradley K (2010). Estimating risk of alcohol dependence using alcohol screening scores. *Drug and alcohol dependence*, 108(1-2), 29-36.

Saitz R, Svikis D, D'Onofrio G, Kraemer KL, Perl H (2006). Challenges applying alcohol brief intervention in diverse practice settings: populations, outcomes, and costs. *Alcohol Clin Exp Res.*, 30(2), 332-338.

Saunders J et al (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.

Seppa K, Lepisto J & Sillanaukee P (1998). Five-Shot Questionnaire on Heavy Drinking. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 22, 1788-1791.

Smith AJ, Hodgson RJ, Bridgeman K, et al (2003). A randomized con- trolled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury. *Addiction*, 98, 43-52.

Smith SGT, Touquet R, Wright S et al (1996). Detection of alco- hol misusing patients in accident and emergency departments: the Paddington alcohol test (PAT*). J Accid Emerg Med.,* 13, 308–12.

Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer CE & Volk RJ (1998). Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine,* 129(5), 353-362.

Sullivan LE, Tetrault JM, Braithwaite RS et al (2011). A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patiënt-centered medical home. *The American Journal on Addictions*, 20, 343-356.

Teitelbaum L & Mullen B (1998). The Validity of the MAST in Psychiatric Settings: A meta-Analytic Integration. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(2), 254-261.

Touquet R, Brown A. (2009). PAT (2009) revisions to the Paddington Alcohol Test for early identification of alcohol misuse and brief advice to reduce emergency department re-attendance. *Alcohol and alcoholism*, 44(3), 284-6.

Vaca FE, Winn D (2007). The basics of alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in the emergency department. *The western journal of emergency medicine*, 8(3), 88-92.

Van Emst A (1997). *Problemen met alcohol*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

Verelst S, Moonen PJ, Desruelles D & Gillet JB (2012). Emergency department visits due to alcohol intoxication: characteristics of patients and impact on the emergency room. *Alcohol and Alcoholism*, 47(4), 433-438.

Volk R, Steinbauer J, Cantor S, Holzer C (1997). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction*, 92, 197-206

Walton M, Goldstein AL, Chermack ST, et al (2008). Brief alcohol intervention in the emergency department: moderators of effectiveness. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 69(4), 550-60.

Wetterling T, Driessen M, Kantz RD, Junghans K (2001). The severity of alcohol withdrawal is not age dependent. *Alcohol Alcohol*, 36(1), 75-78.

WHO (2007). *Alcohol and injury in Emergency Departments*. Beschikbaar via: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_injury_summary.pdf (8 augustus 2013).

Wilk AI, Jensen NM & Havighurst TC (1997) Meta-analysis of randomised controlled trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Archives of Internal Medicine*, 12, 274-283.

Willenbring ML, Olson DH (1999). A randomized trial of integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men. *Arch Intern Med*., 159(16), 1946-1952.

Williams S, Brown A, Patton R et al. (2005). The half-life of the 'teachable moment' for alcohol misusing patients in the emergency department. *Drug Alcohol Depend*, 77, 205–208.

BIJLAGE 1: AUDIT

1. Hoe vaak drinkt u alcoholhoudende drank?

nooit (0)
maandelijks of minder (1)
twee of vier keer per maand (2)
twee of drie keer per week (3)
vier of meer keer per week (4)

2. Hoeveel glazen alcohol drinkt u op een typische dag wanneer u drinkt?

geen (0)
één of twee (1)
drie of vier (2)
vijf of zes (3)
zeven tot negen (4)
tien of meer (5)

3. Hoe vaak drinkt u zes of meer glazen per gelegenheid?

nooit (0)
minder dan maandelijks (1)
maandelijks (2)
wekelijks (3)
dagelijks of bijna dagelijks (4)

4. Hoe vaak heeft u in het afgelopen jaar opgemerkt dat u niet in staat was met drinken te stoppen nadat u was begonnen met drinken?

nooit (0)
minder dan maandelijks (1)
maandelijks (2)
wekelijks (3)
dagelijks of bijna dagelijks (4)

5. Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar nagelaten om te doen wat normaal van u werd verwacht vanwege drankgebruik?

nooit (0)
minder dan maandelijks (1)
maandelijks (2)
wekelijks (3)
dagelijks of bijna dagelijks (4)

6. Hoe vaak heeft u gedurende het laatste jaar de behoefte gehad om 's ochtends uw eerste alcoholhoudende drank te gebruiken om weer op gang te kunnen komen na een sessie van overmatig drankgebruik?

nooit (0)
minder dan maandelijks (1)
maandelijks (2)
wekelijks (3)
dagelijks of bijna dagelijks (4)

7. Hoe vaak heeft u zich gedurende de laatste jaren schuldig gevoeld of zelfverwijt gehad over uw drankgebruik?

nooit (0)
minder dan maandelijks (1)
maandelijks (2)
wekelijks (3)
dagelijks of bijna dagelijks (4)

8. Hoe vaak kon u zich in het afgelopen jaar gebeurtenissen van de dag daarvoor niet meer herinneren vanwege uw drankgebruik?

nooit (0)
minder dan maandelijks (1)
maandelijks (2)
wekelijks (3)
dagelijks of bijna dagelijks (4)

9. Heeft u uzelf of iemand anders weleens verwond als gevolg van uw drankgebruik?

nooit (0)
minder dan maandelijks (1)
maandelijks (2)
wekelijks (3)
dagelijks of bijna dagelijks (4)

10. Heeft een familielid, vriend of een dokter of een hulpverlener in de gezondheidszorg zijn bezorgdheid geuit over uw drankgebruik en u gesuggereerd uw drankgebruik te minderen?

nooit (0)
minder dan maandelijks (1)
maandelijks (2)
wekelijks (3)
dagelijks of bijna dagelijks (4)

Score:
Een score van 8 of meer is een indicatie voor verder diagnostisch onderzoek.

BIJLAGE 2: AUDIT-C

1. Hoe vaak gebruikte u het afgelopen jaar een alcoholhoudende drank?
   0 = nooit
   1 = maandelijks of minder
   2 = 2 - 4 maal per maand
   3 = 2 - 3 maal per week
   4 = 4 of meer maal per week

2. Hoeveel glazen alcoholhoudende drank gebruikte u op een doorsnee dag in het afgelopen jaar?
   0 = 1 of 2
   1 = 3 of 4
   2 = 5 of 6
   3 = 7, 8 of 9
   4 = 10 of meer

3. Hoe vaak gebruikte u zes of meer glazen alcoholhoudende drank tijdens een bepaalde gelegenheid in het afgelopen jaar?
   0 = nooit
   1 = minder dan eens per maand
   2 = maandelijks
   3 = wekelijks
   4 = dagelijks of bijna iedere dag

Score:
Voor vrouwen geldt dat bij 4 of meer punten er doorgevraagd kan worden op het alcoholgebruik.
Voor mannen geldt dit bij meer dan 5 punten.

BIJLAGE 3: FAST

1. How often do you have eight or more drinks on one occasion?
__ Never __ Less Than Monthly __ Monthly __ Weekly __ Daily or Almost Daily

2. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking?
__ Never __ Less Than Monthly __ Monthly __ Weekly __ Daily or Almost Daily

3. How often during the last year have you failed to do what was normally expected of you because of your drinking?
__ Never __ Less Than Monthly __ Monthly __ Weekly __ Daily or Almost Daily

4. Has a relative or friend, a doctor or other health worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?
__ No __ Yes, but not in the last year. __ Yes in the last year.

Scoring the FAST Test

Score questions 1, 2 and 3 as follows:

- Never -- 0 points
- Less than monthly -- 1 point
- Monthly -- 2 points
- Weekly -- 3 points
- Daily or almost daily -- 4 points

Score question 4 as follows:

- No -- 0 points
- Yes, but not in the last year -- 2 points
- Yes, in the last year -- 4 points

The maximum score is 16. A total score of 3 indicates hazardous drinking.

If a person answer "never" on the first question, he or she is not a hazardous drinker and the remaining questions are not necessary.

If a person answers "weekly" or "daily or almost daily" on the first question, he or she is considered a hazardous drinker and the rest of the questions are skipped.

If a person answers "monthly" or "less than monthly" to the first question, the other three questions are needed to complete the screening for hazardous drinking.

BIJLAGE 4: CAGE

1. Heeft u weleens het gevoel gehad het alcoholgebruik te moeten minderen? (cutdown)
   Ja
   Nee

2. Heeft u zich weleens vervelend of geïrriteerd gevoeld over opmerkingen van anderen over uw drankgebruik? (annoyed)
   Ja
   Nee

3. Heeft u zich ooit schuldig gevoeld over iets wat u heeft gedaan toen u had gedronken? (guilty)
   Ja
   Nee

4. Heeft u ooit 's ochtends alcohol gedronken om u rustiger te voelen of om minder last te hebben van trillende handen of misselijkheid? (eye-opener)
   Ja
   Nee

Score

Wie op twee of meer vragen positief scoort, heeft mogelijk een alcoholprobleem.

BIJLAGE 5: Five shot alcohol questionnaire

De twee AUDIT-vragen:

1. Hoe vaak drinkt u alcoholhoudende dranken?

    - nooit (0)
    - eenmaal per maand of minder (0,5)
    - twee tot vier keer per maand (1)
    - twee tot drie keer per week (1,5)
    - vier keer per week of meer (2)

2. Hoeveel glazen alcohol drinkt u op een typische dag dat u drinkt?
    - één of twee (0)
    - drie of vier (0,5)
    - vijf of zes (1)
    - zeven tot negen (1,5)
    - tien of meer (2)

De drie CAGE-vragen:

3. Heeft u zich ooit geïrriteerd gevoeld over opmerkingen door anderen over uw drankgebruik?

    Nee (0)

    Ja (1)

4. Heeft u zich ooit schuldig gevoeld over iets wat u heeft gedaan toen u had gedronken?

    Nee (0)

    Ja (1)

5. Heeft u ooit 's ochtends alcohol gedronken om u rustiger te voelen of om minder last te hebben van trillende handen of misselijkheid?

    Nee (0)

    Ja (1)

Score:
Bij de Five-Shot-vragenlijst is de maximum score 7 punten.
Bij een score van 2,5 of hoger kan alcoholmisbruik of –afhankelijkheid worden vermoed.

Bijlage 6: MAST

The MAST Test is a simple, self scoring test that helps assess if you have a drinking problem. Please answer YES or NO to the following questions:

1. Do you feel you are a normal drinker? ("normal" - drink as much or less than most other people)
YES or NO

2. Have you ever awakened the morning after some drinking the night before and found that you could not remember a part of the evening?
YES or NO

3. Does any near relative or close friend ever worry or complain about your drinking?
YES or NO

4. Can you stop drinking without difficulty after one or two drinks?
YES or NO

5. Do you ever feel guilty about your drinking?
YES or NO

6. Have you ever attended a meeting of Alcoholics Anonymous (AA)?
YES or NO

7. Have you ever gotten into physical fights when drinking?
YES or NO

8. Has drinking ever created problems between you and a near relative or close friend?
YES or NO

9. Has any family member or close friend gone to anyone for help about your drinking?
YES or NO

10. Have you ever lost friends because of your drinking?
YES or NO

11. Have you ever gotten into trouble at work because of drinking?
YES or NO

12. Have you ever lost a job because of drinking?
YES or NO

13. Have you ever neglected your obligations, your family, or your work for two or more days in a row because you were drinking?
YES or NO

14. Do you drink before noon fairly often?
YES or NO

15. Have you ever been told you have liver trouble such as cirrhosis?
YES or NO

16. After heavy drinking have you ever had delirium tremens (D.T.'s), severe

shaking, visual or auditory (hearing) hallucinations?
YES or NO

17. Have you ever gone to anyone for help about your drinking?
YES or NO

18. Have you ever been hospitalized because of drinking?
YES or NO

19. Has your drinking ever resulted in your being hospitalized in a psychiatric ward?
YES or NO

20. Have you ever gone to any doctor, social worker, clergyman or mental health clinic for help with any emotional problem in which drinking was part of the problem?
YES or NO

21. Have you been arrested more than once for driving under the influence of alcohol?
YES or NO

22. Have you ever been arrested, even for a few hours because of other behavior while drinking?
(If Yes, how many times ________)
YES or NO

SCORING
Please score one point if you answered the following:
1. No
2. Yes
3. Yes
4. No
5. Yes
6. Yes
7 through 22: Yes

Add up the scores and compare to the following score card:
0 - 2 No apparent problem
3 - 5 Early or middle problem drinker
6 or more Problem drinker

Bijlage 7: RAPS4

1. Have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?

2. Has a friend or a family member ever told you about things you said or did while you were drinking that you could not remember?

3. Have you failed to do what was normally expected of you because of drinking?

4. Do you sometimes take a drink when you first get up in the morning?

Score:

A "yes" answer to at least one of the four questions suggests that your drinking is harmful to your health and well-being and may adversely affect your work and those around you.

Bijlage 8: DSM-IV (2 items)

1. Herhaaldelijk gebruik van alcohol in situaties waarin dat gevaarlijk is of kan zijn (autorijden of bedienen van machine onder invloed van alcohol);

2. Meer of langer gebruik dan voorgenomen.

Bijlage 9: PADDINGTON

Consider PAT for ALL of the ***TOP 10*** ***reasons for attendance****. Circle number(s)below for any specific trigger(s);*

1. FALL (*inc. trip*)	**2. COLLAPSE** (*inc. fits*)	**3. HEAD INJURY**	**4. ASSAULT**
5. ACCIDENT	**6. UNWELL**	**7. NON-SPECIFIC G.I.**	**8. CARDIAC** (*i. Chest pain*)
9. PSYCHIATRIC *(inc. DSH &OD, please specify)*		**10. REPEAT ATTENDER**	**Other** (specify)**:**

? BAC:- mgs/100ml. **Clinical signs** of intoxication:-

Proceed only after dealing with patient's 'agenda,' i.e. patient's reason for attendance.
We routinely ask all patients having ….(above)….**if they drink alcohol?**

1	**Do you drink alcohol?**	**YES** (go to #2)	**NO** (end)

2	**What is the most you will drink in any one day?** (UK alcohol units) =

Use the following guide to estimate total daily units.

(Standard pub units in brackets; home measures often three times the amount!)

Beer /lager/cider	Pints **(2)**		Cans **(1.5)**		Litre bottles **(4.5)**	
Strong beer /lager /cider	Pints **(5)**		Cans **(4)**		Litre bottles **(10)**	
Wine	Glasses **(1.5)**		75cl bottles **(9)**		**Alcopop**	
Fortified Wine (Sherry, Port, Martini)	Glasses **(1)**		75cl bottles **(12)**		330ml bottles	
Spirits (Gin, Vodka, Whisky	Singles **(1)**		75cl bottles **(30)**			

If twice daily limits exceeded i.e. PAT +ve (8 units per day, man; or 6 units per day, woman), continue to Q. 3.

3	**How often do you drink?**

□	Everyday *chlordiazepoxide)*	**Dependent Drinker**	(PAT+ve) *(? Pabrinex &*
□	_____ times per week	**Hazardous Drinker**	(may be PAT+ve)
□	Never or less than weekly	***GO TO QUESTION 4***	

4	**Do you feel your attendance to A&E is related to alcohol?**	**YES** (PAT+ve) **NO**

If PAT +ve give feedback e.g. "We advise you that this drinking is harming your health.
The recommend daily limits are 4 for men, 3 for women with two drink free days per week".

5	**We would like to offer you advice about your alcohol consumption; would you be willing to see our alcohol nurse specialist?**	**YES** (PAT+ve) **NO**

If "YES" to #5 give AHW appointment card and make appointment in diary (@ 10am) And give **advice leaflet**.

Please note if patient admitted to ward ……………………………………………………

Referrer's Signature **Name Stamp** **Date:**

<u>THANK YOU</u>

AHW OUTCOME:

HOW TO USE 'PAT'

The Paddington Alcohol Test (PAT) is a clinical and therapeutic tool for selective **Early Identification and Brief Advice (EIBA)** of both hazardous and dependent drinking.

The PAT was specifically developed for use in a busy ED, to make best use of the **"TEACHABLE MOMENT"** (Williams S et al, Drug & Alcohol Dependence 2005).

Using the PAT, plus referral to AHW – for definitive Brief Intervention (**BI**) - results in lower alcohol consumption, **<u>reducing the likelihood of re-attendance.</u>** (Crawford, Patton, Touquet et al, Lancet, 2004)

It takes only about 30 seconds to complete the PAT – or less if 'No' to Q. 1.

1. Deal with the patient's reason for attending <u>first</u>, thereby **<u>gaining their confidence</u>** so they are in a more receptive frame of mind.
2. If patient has one of the **<u>TOP 10 conditions</u>** listed overleaf at the top of PAT, or clinical signs or +ve BAC, proceed with PAT.
3. **<u>Question 1:</u>** *'We <u>routinely</u> ask all patients having (this condition) if they drink alcohol - do you drink?'* **If No**: PAT-ve, discontinue (providing clinician agrees with the answer).
4. **If yes: go to <u>Question 2:</u>** What is the most that patient will drink in one day.

   For **United Kingdom**: 8gms absolute alcohol = 10ml alcohol = 1 unit
   Standard Alcohol Units (SAU) **= % ABV x volume** (in litres)
   where '% ABV' is '% of **a**lcohol **b**y **v**olume' as indicated on bottle or can.

   Please use the guide to help you (and the patient) calculate amounts - drinks vary so much that the use of standard alcohol units is necessary for consistency.
5. Having estimated the number of units consumed, if this is more than double the safe limits, ie 8 units (male), or 6 units (female), ask **<u>Question 3:</u>** How often do you drink this much?

   This helps differentiate the dependent drinker, who will need on-going support, from the hazardous or "binge" drinker who may only need one session of **BI**. The earlier binge drinking is detected the more effective is the use of PAT. The acceptance of an appointment with an **Alcohol Nurse Specialist (ANS)** demonstrates awareness of a problem and the desire for help.

6. Everyone who has said yes to Q.1 should be asked **<u>Question 4:</u>** **'***Do you feel your current attendance is related to alcohol?***'** **If yes** then you have started brief advice (BA) by the patient associating drinking with resulting hospital attendance. If they deny any association, but in your clinical judgement have been drinking, you might say: *'would you be in A&E if you had **<u>NOT</u>** been drinking?'*
7. **<u>Question 5:</u> If "YES" put PAT in ANS referrals box, with diary for BI. A**ppointments are at 10am next morning (no limit on numbers). The earlier that appointment is offered, the more likely the patient will be to attend – please encourage patient to take the next available appointment rather than defer it.

   If PAT +, but ANS "NO", give them the "Think About Drink" leaflet and even the ANS appointment card as patient may change their mind and return. **Please put all completed PATs – even if ANS declined – in the ANS box .**
8. If **PAT+ve** and **Yes** to **ANS**, **record** on discharge computer screen: A&E Clinics → A&E Alcohol Clinic, unless admitted.
9. If PAT-ve, do not write on form (it is recycled).

Bijlage 10: Modified Single Alcohol Question – MSASQ

TO BE COMPLETED BY CLINICAL STAFF

Screening procedure

For the following question - 1 standard drink = 1 unit of alcohol, an indication of standard drinks is provided in the diagram below.



Please place a cross in the relevant box.

MEN: How often do you have EIGHT or more standard drinks on one occasion?
WOMEN: How often do you have SIX or more standard drinks on one occasion?

Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily
☐	☐	☐	☐	☐

Scoring the M-SASQ

If the patient's response is 'Monthly', 'Weekly' or 'Daily or almost daily' the score is M-SASQ positive.

If their response is 'Never' or 'Less than monthly' the score is M-SASQ negative.

Please indicate the result of the screening procedure by placing a cross in the appropriate box below.

Positive ☐ Negative ☐

If the result is **negative** thank the patient, terminate the interview and store the survey securely, to be collected by research staff.

If the result is **positive** explain the study to the patient, provide an information sheet and request written consent.

Is the patient willing to provide written informed consent? Yes ☐ No ☐

If **yes** continue with the consent details overleaf.

If **no** terminate the interview and store the survey securely, to be collected by research staff. Remember to provide the patient with a Patient Information Leaflet.

Participant ID: ☐☐☐☐☐
(office use only)

4

PHC M SASQ NONT 12MAR08

4745194307